Ein Fall von „Deciduoma malignum.“

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Wömpner,

approb. Arzt

aus Bückeburg.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1900.

Ein Fall von „Deciduoma malignum."

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Max Wömpner,

approb. Arzt

aus Bückeburg.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1900.

No. 63
Rektoratsjahr 1900/1.
Ref : Dr. Werth.
Zum Druck genehmigt
Dr. Werth,
z. Z. Decan.

Herrn Sanitätsrat

Dr. R. Bensen

in Dankbarkeit gewidmet.

Seitdem *Sänger* im Jahre 1889 zuerst eine besondere bösartige Geschwulst des Uterus beschrieben hat, die von retinirten Deciduaresten ausgehen sollte, ist eine grosse Anzahl ähnlicher Fälle veröffentlicht worden, ohne dass sich ihre Beobachter über Natur und Benennung derselben geeinigt haben. — Da die Zellen der neu entdeckten Geschwulst in Form, Grösse und Zwischengewebe denen der decidua gravitatis sehr ähnelten, bezeichnete *Sänger* selbige als „deciduoma malignum". Erst später änderte er seine Ansicht ein wenig und glaubte aus pathologischen Gründen diesen Namen aufgeben zu müssen, da er nur für diejenigen Geschwülste passe, die alle Bestandteile der decidua enthielten. Er nannte sie deshalb Sarkoma deciduo-cellulare und unterschied ein solches mit Beteiligung und ein solches ohne Beteiligung des Chorion. — Die lange Reihe der Namen, die dann im Laufe der Jahre für diese und ähnliche Geschwülste gewählt wurden, geben ein Zeugnis davon, wie schwer es bisher gewesen ist, sich über die Deutung des mikroskopischen Befundes zu einigen, während die Berichte über den makroskopischen Befund bei den Beobachtern ziemlich gleich lauten.

In den bisher in der Litteratur verzeichneten Fällen von „malignem Deciduom" findet sich eine grosse Verschiedenheit in der Beschreibung der gefundenen Zellformen. Zwei, drei, sogar vier Zellformen, welche die Geschwulst zusammensetzen sollen, werden von den einzelnen Autoren aufgezählt, auf die hier näher einzugehen, den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. — *Sänger*[1]) erwähnt nur eine Hauptform, „von der nichts weiter gesagt zu werden braucht, als dass sie den Zellen der Schwangerschaftsdecidua sich völlig gleich verhält". *Veit*[2]) steht auf einem

[1]) Sänger, Archiv für Gynäkologie. 1893.

[2]) Veit, Handbuch der Gynäkologie B. III.

andern Standpunkt. Er nimmt an, dass die Erkrankung des Uterus an Sarkom das primäre sei, zu dem dann Gravidität secundär hinzukommt, so dass die Zellen als decidual umgeformte Sarkomzellen aufzufassen sind. — *Marchand*[1]) und andere Beobachter beschreiben die Zellen als epithelähnlich. — Der Grund für diese verschiedenen Untersuchungsresultate und die daraus entstehenden Meinungsverschiedenheiten liegt nach *Marchand* in der Polymorphie der Zellen. „Auch in der normalen Decidua kommen Elemente von sehr verschiedener histologischer Bedeutung innig vermischt vor, und diese verschiedenen Elemente können in sehr verschiedener Ausbildung und Anordnung in den sogenannten decidualen Geschwülsten auftreten". Nach ihm „macht aber die innige Vermischung foetaler und mütterlicher Elemente hauptsächlich den Charakter der serotinalen oder placentaren Decidua aus, während in der übrigen Decidua das specifische Deciduagewebe, abgesehen von Drüsen, Gefässen, Leukozyten fast rein auftritt."

Nach *Marchand's* Ansicht sind es nun nicht die Deciduazellen im eigentlichen Sinne, sondern die von der Serotina stammenden Zellen epithelialer Natur, welche der Geschwulst ihren typischen Charakter verleihen. Er ist der Ansicht, dass fast alle Geschwülste, die bisher unter dem Namen „maligne Deciduome" veröffentlicht sind, epithelialer Natur waren. Und zwar beteiligen sich nach seiner Meinung an ihrem Aufbau zweierlei Gewebsformen, erstens das sogenannte Syncytium, das sich aus dem umgewandelten Uterusepithel bildet, also mütterlichen Ursprungs ist, und zweitens die Elemente der sogenannten Langhans'schen Zellschicht, die sich aus dem Ektoderm des Foetus bildet, also foetalen Ursprungs ist. Nach *Marchand's* Ansicht handelt es sich also um epitheliale Geschwülste, sowohl mütterlichen wie foetalen Ursprungs. — Eine Beteiligung des Stroma der Chorionzotte bei der Bildung der Geschwulst hält er im Gegensatz zu *Gottschalk* für noch nicht nachgewiesen.

Nach *Sänger* sind die Deciduomzellen der Geschwulst an der Peripherie derselben einzeln oder in langen Zügen in das

---

[1]) Marchand, Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynakologie B. I, H. 6.

umgebende Muskel- und Bindegewebe eingesprengt; sie schieben sich zwischen die einzelnen Muskelzellen und bringen dieselben zum Zerfall. Auch die Gefässmuskulatur wird auf diese Weise von der Geschwulst vernichtet.

Sänger hat auch darauf aufmerksam gemacht, dass das Verhalten der Deciduomzellen zu den Gefässen von hohem klinischen Interesse ist, erklärt sich doch hieraus allein die schnelle Verbreitung und Metastasenbildung der Geschwulst. Ihm verdanken wir ganz vorzügliche miskroskopische Präparate, die uns den Zerstörungsvorgang an den Gefässen deutlich erkennen lassen. — Wie schon erwähnt, wird die Gefässmuskulatur von den Deciduomzellen zerstört. Letztere siedeln sich darauf auf einer Stelle der Intima an und wachsen rasch weiter, bis sie in dicker Lage derselben aufsitzen und oft knospenartig in das Gefässlumen hineinragen. Nachdem die Intima lange standgehalten, kommt es zur Zerreissung des Gefässes. Das Blut ergiesst sich aus der Durchbruchsstelle in das umliegende Gewebe; es kommt zu grossen Blutansammlungen, die gerinnen und schliesslich zu einer Nekrose der betreffenden Geschwulstpartie führen. Die bei der Zerreissung der Gefässwandung mit losgerissenen Geschwulstpartikelchen werden vom Blutstrom mit fortgenommen. Sie gelangen in die Vena spermatika, schliesslich ins rechte Herz und in den Lungenkreislauf. Auf diese Weise erklärt sich die so gefährliche rapide Metastasenbildung in den verschiedensten Organen. Über die Ätiologie wissen wir nur, dass diese Geschwulstform nur im Anschluss an die Gravidität vorkommt, dass besonders aber die Blasenmole für das Auftreten derselben prädisponirt.

Aus dem Verhalten der Geschwulst zu den Gefässen erklären sich auch die klinischen Symptome: Wiederholte, lang andauernde, schwache, zeitweilig starke Blutungen, die durch die sich am Uterus bildenden Geschwulstmassen entstehen. Leichtes Auftreten von Metastasen, die besonders in den Lungen und Pleuren vorkommen und dann zu Bluthusten führen, aber auch an anderen Organen, Nieren, Milz, Leber und Gehirn gefunden werden. In den Genitalien rascher Übertritt der Geschwulst auf die Scheide. — Im Anschluss an etwaige intrauterine Eingriffe, die Blutungen zu stillen, kann es sehr leicht zur septischen Infektion der ab-

gestorbenen Gewebspartien kommen, die sich durch hohes Fieber und jauchigen, stinkenden Ausfluss aus dem Uterus charakterisiert. Als Folge der vielen oft lange andauernden Blutverluste stellt sich eine hochgradige Anämie und Cachexie ein; das Allgemeinbefinden kann ein sehr schlechtes sein. Die Patientinnen sind völlig appetitlos und magern zusehends ab. Die Metastasen machen je nach den Organen, in denen sie sitzen, die verschiedenartigsten Symptome. Bei Metastasen der Lungen stellen sich, wie schon oben erwähnt, Husten, Auswurf, Blutungen ein, Symptome, die dem Beobachter ganz das Bild einer Lungentuberkulose vortauschen können. Die ganze Krankheit verläuft oft sehr rapide und führt gewöhnlich in 5—6 Monaten zum Tode. Aber es sind auch Fälle beschrieben worden, in denen die Krankheit 2—3 Jahre dauerte; doch sind dieselben selten.

Was die Diagnose betrifft, so kann man an „malignes Deciduom" denken, wenn kürzere oder längere Zeit nach einer Geburt, einem Abort oder einer Blasenmole stärkere, sich wiederholende Blutungen und stinkender Ausfluss auftreten. Noch mehr müssen uns die Blutungen, die nach einer Ausräumung des Uterus zwecks Entfernung etwaiger Placentarreste auftreten, als sehr verdächtig auf „malignes Deciduom" erscheinen.

Differentialdiagnostisch kommen Sarkom und Carcinom in Betracht; hier wird die mikroskopische Untersuchung entscheiden müssen. Abgesehen von den bisher erwähnten für Deciduoma malignum typischen, klinischen Symptomen ist zur Sicherung der Diagnose eine innere Untersuchung des Uterus unerlässlich. Nach *Sänger* „wird es, um zur richtigen Diagnose zu gelangen, immer nötig sein, das Cavum uteri corporis nach Erweiterung der Cervix mit dem Finger auszutasten. Austastung und Ausräumung des Uterus mit Finger, stumpfer Curette und Ovumzange, sowie mikroskopische Untersuchung verdächtiger Massen wird in Zukunft gewiss die sichere Diagnose öfter stellen lassen."

Die Prognose ergiebt sich aus dem über die Bösartigkeit der Geschwulst Gesagten schon von selbst: Sie ist infaust, und zwar deshalb, weil leider zu spät die Diagnose in vielen Fällen gestellt wird. Ist es erst zur Bildung von Metastasen gekommen, so kann auch eine Totalexstirpation des Uterus gewöhnlich keine

Rettung mehr bringen. Gewiss wird sich aber eine bessere Prognose dadurch erreichen lassen, dass man die Diagnose möglichst frühzeitig stellt, also nach allen Aborten, Geburten, Blasenmolen an die eventuelle Entstehung dieser Geschwulst überhaupt denkt und ihre Anfangssymtome genau beachtet. Durch eine frühzeitig genug ausgeführte Totalexstirpation des Uterus muss es möglich sein, einen ungünstigen Ausgang zu verhüten. Sollte es zu einer eingreifenden Operation schon zu spät sein, so wird man sich auf eine symptomatische Behandlnng beschränken müssen.

Im Folgenden will ich über einen ungünstig verlaufenen Fall von „malignem Deciduom" berichten, der mir durch die Güte des Herrn Professor *Glaevecke* zur Verfügung stand. Bei der Zusammenstellung der Krankengeschichte boten sich mir einige Schwierigkeiten, die es mir unmöglich machten, hier einen ausführlichen klinischen Krankenbericht zu bringen. Da sich nämlich die Patientin in privater und ausserdem nicht einheitlicher ärztlicher Behandlung befunden hat, konnte ich nur nach den Notizen der sie zuerst behandelnden Ärzte und den mir von Herrn Professor *Glaevecke* in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellten ausführlicheren Aufzeichnungen die Krankengeschichte zusammenstellen:

Die 30jährige Patientin ist seit drei Jahren verheirathet und hat zwei Geburten überstanden, von denen die erste ganz normal verlief. Die zweite Geburt war am 4. Oktober 1897. Kind wurde spontan geboren. Placenta sass ziemlich fest und wurde nach 2 Stunden durch Crédé'schen Handgriff geboren. Nach der Geburt dauerten die Blutungen in geringerem Grade fast ununterbrochen an. Ungefähr drei Wochen nach der zweiten Entbindung trat eine starke Blutung aus dem Uterus auf, die durch Tamponade der Vagina gestillt wurde.

Mitte November, also 5 Wochen nach der Geburt Nachts eine kolossale Blutung. Patientin sehr erschöpft, pulslos. Es wurde sofort Tamponade des Uterus und der Vagina vorgenommen. Zur Hebung der gesunkenen Herzthätigkeit wurden mehrere subkutane Campherinjektionen gemacht. Am nächsten Morgen Ausschabung des Uterus mit stumpfer Cürette, bei der sich nur sehr wenig Gewebe, das von dem behandelnden Arzte für intrauterine Schleim-

haut gehalten wurde, entleerte; hinterher wurde eine Injektion von Liqs. ferri sesquichlorati gemacht.

An diesen Eingriff, der unter antiseptischen Cautelen geschah, schloss sich eine Sepsis, welche die Patientin drei Wochen lang ans Bett fesselte. Anfangs bestand 8—10 Tage recht hohes Fieber und die Symptome einer Pelveoperitonitis: Meteorismus, Übelkeit. Erbrechen und heftige Schmerzen im Abdomen. Dann traten Gelenkentzündungen in der linken Schulter und im linken Fuss auf, die wohl als embolische septische Prozesse aufzufassen sind. Bei absoluter Ruhe, Eisbeutel und Tinct. Opii gingen diese Erscheinungen aber nach kurzer Zeit einer Heilung entgegen. Während dieser Zeit bestand keine Blutung.

Anfang Dezember: wieder bald leichtere, bald stärkere Blutungen, die mit Extr. Hydrastis, Extr. Secale und Injektionen von Liq. ferri sesquichlorati in den Uterus bekämpft wurden.

Am 14. December wurde Herr Professor *Glaevecke* mitten in der Nacht wegen einer kolossalen Uterusblutung zu der Patientin nach einer kleinen Stadt Schleswig-Holsteins gerufen. Derselbe konnte folgenden Status aufnehmen.

Anamnestisch ergiebt sich, dass die Mutter der Patientin an Phthisis im 64. Lebensjahre gestorben sein soll, alle Geschwister aber gesund sind.

Status praes.: Patientin stark anämisch; Blässe der gesamten Häute. Puls klein und frequent.

Uterus etwas grösser wie in der Norm, Länge normal, Adnexe normal. Muttermund für einen Finger mit Mühe durchgängig. In Narkose dringt der untersuchende Finger leicht in den Uterus ein. In der linken Tubenecke sitzen zwei ca. bohnengrosse Gewebspartikelchen. die sich leicht ausschälen lassen. Dieselben werden für Placentarreste angesehen, gehen aber leider bei der beschleunigten Abreise verloren. Hinterher Ausspülung und Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze.

Die Blutungen hörten hiernach für 7—8 Wochen auf. Patientin erholte sich sichtlich und wurde wieder kräftiger.

Mitte Februar traten die Menses ein, die 10 Tage lang dauerten und sehr stark waren.

Seit Anfang März fast fortwährend Abgang von geringen bräunlichen Blutmassen. Zu derselben Zeit traten zum ersten Male Erscheinungen von seiten der Lungen auf: Reichliches Husten, Sputum enthielt hellrote dünne Blutfasern, linksseitiger Spitzenkatarrh, — Diese Erscheinungen wurden von dem behandelnden Arzte für beginnende Tuberkulose angesehen, und Patientin nach Davos geschickt. Hier blieb das Krankheitsbild von seiten der Lungen ungefähr dasselbe. Es traten zeitweise heftige Schmerzen an den Lungen auf. Patientin hustete beständig etwas blutig tingirtes Sputum aus und bot perkuttorisch und auskultatorisch die Zeichen eines linksseitigen Spitzenkatarrhs dar. Ihr mehrfach auf Tuberkelbazillen untersuchtes Sputum liess solche aber nie erkennen, und der dortige Badearzt kam zu der bestimmten Erkenntnis, dass es sich um keine Tuberkulose handelte, wusste aber den Zustand auch nicht anders zu deuten. — Das Allgemeinbefinden war während dieser Zeit durchaus gut und Pat. nahm an Körpergewicht zu. Von seiten des Uterus traten in dieser Zeit mehrfache unregelmässige, bald kürzer, bald länger dauernde Blutungen auf, die auf Bettruhe immer standen und für unregelmässige Perioden angesehen wurden. — Dieser Blutungen wegen kehrte Pat. Mitte Mai nach der Heimat zurück und stellte sich am 23. Mai wieder Herrn Professor *Glaevecke* vor, der in der Zwischenzeit nichts von ihr gehört hatte. Derselbe konnte damals folgenden Status praes. aufnehmen:

Uterus stark vergrössert, etwas unregelmässig gestaltet, die rechte Tubenecke verdickt, weich, liegt sonst normal. Adnexe normal, Portio etwas bläulich verfärbt. Sondenlänge des Uterus $7^1/_2$ cm. Uterusschleimhaut blutet bei leiser Berührung. — Über der linken Lungenspitze hinten pleuritisches Reiben und vorn vereinzelte Rasselgeräusche. Sehr häufiger, kurzer, trockener Husten, der mitunter leicht blutig tingirtes Sputum hochbringt. — Jetzt wurde von Herrn Professor *Glaevecke* die Diagnose „Deciduoma malignum“ gestellt, und derselbe riet zu einer sofortigen Totalexstirpation des Uterus. Patientin erklärte sich auch zu dieser Operation bereit, wollte aber erst noch das in 8 Tagen beginnende Pfingstfest zu Hause verleben.

Am 5. Juni — am 2. Pfingsttage — erkrankte Patientin mit sehr heftigen Stichen in der rechten Brustseite unter mässig hohem Fieber und hochgradiger Dyspnoe. Physikalische Untersuchung der Lungen ergab: Trockene mittel- und kleinblasige Rasselgeräusche vorn im II. r. J. R. Perkussionsschall daselbst etwas gedämpft. Sputum haemorrhagisch. — Die Dyspnö wurde immer stärker. Zu den Stichen in der Brust, die immer zunahmen und schlisslich auch links in geringem Grade auftraten, gesellte sich ein starkes Spannungsgefühl rechts. Puls dabei klein und frequent. Nachdem die Beschwerden, namentlich die Dyspnö sich fortwährend gesteigert hatten, trat am 28. Juni der Tod ein.

Eine vollständige Sektion wurde an der Leiche nicht vorgenommen. Erst zwei Tage nach dem Tode wurden auf ausdrückliches Verlangen von Herrn Professor *Glaevecke* Uterus und Lungen der Leiche entnommen und ihm zur Untersuchung zugeschickt. Infolge dieser Zeitversäumnis hatten die Organe sehr gelitten und zeigten schon Zeichen der Fäulnis. — Ich muss mich hier auf die Beschreibung der in Alkohol konservirten Präparate, Uterus samt Adnexen und Lungenteilen mit Metastasen beschränken.

Der Uterus ist in allen seinen Dimensionen bedeutend vergrössert, und zeigt wegen der in ihm sitzenden Geschwulstknollen eine buckelige Beschaffenheit. Seine Länge beträgt $11^1/_2$ cm, Breite $7^1/_2$ cm, Dickendurchmesser 5 cm. Die vordere Wand des Uterus ist in der Medianlinie sagittal durchschnitten und auseinandergeklappt. Die Dicke seiner Wandung beträgt ca. $^3/_4$ cm. Die Länge der Corpushöhle misst vom Fundus bis zum Orificium internum 9 cm, vom Orific. int. bis Orific. externum 2 cm. Von der vorderen oberen, sowie von beiden seitlichen Wänden des Cavum uteri ragt eine Geschwulst, die die ganze Uterushöhle ausfüllt. Die Geschwulst selbst dringt tief in die Muskulatur der Wand ein. Während letztere hier nur eine Dicke von höchstens $^3/_4$ cm zeigt, beträgt diese weiter unterhalb bis zum Orific. int. 3 cm. Direkt oberhalb des Orific. internum befindet sich in der vorderen Wand ein Geschwulstknoten, der sich ebenfalls in das Cavum uteri vorwölbt, die ganze Breite der unteren vorderen Uteruswand einnimmt und nur durch eine ca. 3 mm dicke Mus-

kelschicht von der Serosa getrennt ist. Von aussen sieht man eine der Grösse dieses Geschwulstknotens entsprechende Vorbuckelung. Die Abbildung zeigt uns den klaffenden Uterus mit den Geschwu'stknoten auf dem Durchschnitt.



Die Adnexe, Tuben, Ovarien und ligamenta lata sind frei und lassen keine Veränderungen, besonders keine Metastasen erkennen. Auch in der vagina keine Metastasen sichtbar. Letztere fanden sich nur im Oberlappen der linken Lunge und zeigen die Grösse eines Taubeneies. Der Oberlappen der rechten Lunge war ganz und gar blutig infiltrirt und zeigte nur wenig lufthaltige Partieen. Makroskopisch waren hier keine Metastasen nachzuweisen, doch werden kleine vorhanden gewesen sein, da nur so der Bluterguss in das Lungengewebe zu erklären ist. Hier bestanden auch pleuritische Auflagerungen.

Von einer Beschreibung des mikroskopischen Befundes muss ich Abstand nehmen, da die von dem Geschwulstgewebe angefertigten mikroskopischen Schnitte wegen eingetretener Fäulnis und schlechter Conservirung der Präparate ein für diese Neubildung charakteristisches Bild nicht mehr erkennen liessen. Indessen haben die Schnitte, die sofort nach Empfang der Präparate von Herrn Professor *Glaevecke* angefertigt und untersucht wurden, deutlich bewiesen, dass es sich in dem vorliegenden Falle um eine Syncytioma malignum handelt.

Die Geschwulst hat sich in diesem Falle an eine Geburt angeschlossen, was ja nicht gerade häufig ist. Gewöhnlich pflegt ein Abort oder noch häufiger eine Blasenmole vorauszugehen. Sonst zeigt er alle charakteristischen Symptome des sogenannten „Deciduoma malignum". Nach der Geburt blieben geringere Blutungen zurück; 3 Wochen nach derselben trat die erste, 5 Wochen nach der Geburt die zweite stärkere Blutung auf. Nach dem ersten intrauterinen Eingriff entwickelte sich eine Sepsis, was bei „malignem Deciduom" oft vorkommt. Die erste Ausräumung des Uterus lieferte zwei bohnengrosse Gewebsstücke, die leider in der Eile verloren gingen. Damals bestand sicher wohl schon ein „Deciduoma malignum", und wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir annehmen, dass diese Gewebsbröckel schon aus Deciduomgewebe bestanden. 5 Monate nach der Geburt traten die ersten Symptome der Metastasen in den Lungen auf, die auch charakteristische Erscheinungen: Bluthusten und Rasselgeräusche gaben. — Schliesslich trat ziemlich plötzlich im relativen Wohlsein der Patientin ein Bluterguss in die rechte Lunge auf, an dessen Folgen, Dyspnoe, die Patientin starb, bevor die Geschwulst zu bedeutender Grösse entwickelt war, und bevor irgend welche Zeichen beginnenden Marasmus sichtbar geworden waren. — Auch der makroskopische Befund des Uterus und der Metastasen in den Lungen beweist deutlich, dass es sich um ein „Deciduom" handelt, auch wenn die mikroskopische Diagnose nicht über allen Zweifel erhaben sicher ist. — Leider wurde die Diagnose erst in ziemlich vorgeschrittenem Krankheitsverlauf, als bereits Metastasen vorhanden waren, gestellt. Der Grund hierfür lag an mehreren ungünstigen Momenten: Die Kranke befand sich in einer kleinen Stadt

fern vom Orte des hinzugerufenen Arztes. Derselbe sah sie nur einmal nach einer starken Blutung flüchtig des Nachts und hörte dann monatelang nichts wieder von ihr. — Die bei der ersten Untersuchung der Patientin von Herrn Professor *Glaevecke* aus dem Uterus durch Curettement entfernten Gewebsmassen gingen leider verloren. Im andern Falle hätten sie, mikroskopisch untersucht, jedenfalls sichern Aufschluss über den Charakter der Neubildung geben können. Ein weiterer Grund für die zu späte Erkennung der Krankheit liegt in der nicht einheitlichen ärztlichen Behandlung der Patientin. Erst nach dem Curaufenthalte der Patientin in Davos erfuhr Herr Professor *Glaevecke* von dem schon länger bestehenden Lungenleiden. Ein schwerwiegendes Verdachtsmoment, dass es sich bei der Patientin um ein „malignes Deciduom" des Uterus mit Metastasen in den Lungen handelte. Zu der geplanten Totalexstirpation des Uterus kam es nicht, weil, wie schon erwähnt, die Kranke vorher an den Folgen der Metastasen zu Grunde ging.

Dieser Fall zeigt also, dass die an und für sich schwere Diagnose des „Deciduoma malignum" fast zur Urmöglichkeit wird, wenn eine einheitliche, ärztliche Beobachtung fehlt.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. *Glaevecke*, für die Anregung zu dieser Arbeit und liebenswürdige Unterstützung bei derselben an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Sänger, Archiv für Gynäkologie, 1893.

Gottschalk, Archiv für Gynäkologie, 1896.

Kossmann, Centralblatt für Gynäkologie, 1896.

Tannen, Archiv für Gynäkologie, 1895.

Gebhard, Zeitschrift für Geburtshülfe uud Gynäkologie, 1897.

Hermann W. Freund, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, 1896.

Neumann, Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, 1896.

Marchand, Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Band I, H. 6.

Marchand, Zeitsschrift für Geburtshülfe, B. 39.

Klien, Archiv für Gynäkologie, 1894.

Veit, Handbuch der Gynäkologie, III. B.

Lebenslauf.

Am 11. Juli 1875 wurde ich als Sohn des kaiserl. Postmeisters *Heinrich Wömpner* zu Stadthagen in Schaumburg-Lippe geboren. Meinen ersten Schulunterricht genoss ich in Stadthagen. Als mein Vater starb, nahm mich mein Onkel, der Postsecretär *Wömpner* zu sich nach Bückeburg, um für meine Ausbildung zu sorgen. Ich besuchte dort zunächst die Bürgerschule, später von meinem 9. Jahre an das Fürstliche Gymnasium Adolfinum. Ostern 1894 verliess ich dasselbe nach bestandenem Abiturienten-Examen. Um Medizin zu studiren, bezog ich Ostern 1894 die Universität Göttingen, wo ich im ersten Semester zugleich beim 2. hessischen Infanterie-Regiment Nr. 82 meiner Militärpflicht mit der Waffe genügte. Nachdem ich am Schluss meines vierten Semesters das Tentamen physikum bestanden, ging ich im folgenden Semester nach Kiel. Die darauf folgenden drei Semester studirte ich in Berlin und kehrte Ostern 1899 nach Kiel zurück.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: *v. Bergmann, Bier, Döhle, Falk, Gebhardt, Glaevecke, Heller, Kallius, Klemperer, Lassar, Lewin, Mendel, Meissner, F. Merkel, Nagel, Nasse, Olshausen. Quincke, Rubner, Senator, Silex, Graf Spee, v. Stark, Völkers, Wallach, Werth, Winter.*

Allen diesen Herren sage ich meinen herzlichsten Dank.